

# Santé

## AGF Latitude

Complémentaire Santé des Salariés de la F.F.M.E.  
des Comités Régionaux et Départementaux et des Associations affiliées  
**Tarif préférentiel.**



Assurance

Cette assurance garantit les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation des salariés de la Fédération Française de la montagne et de l'escalade, de ses structures déconcentrées et des associations affiliées, assujettis au régime obligatoire de la sécurité sociale ainsi que des prestations d'assistance Santé.

#### **Qui peut adhérer ?**

Les salariés de la FFME, de ses structures déconcentrées et des associations affiliées, âgés de moins de 60 ans, leur conjoint ou concubin notoire, leurs enfants poursuivant leurs études et fiscalement à charge.

#### **Formalités d'adhésion :**

L'adhérent doit transmettre son bulletin d'adhésion complet au Cabinet Gomis. Il reçoit en retour son contrat.

#### **Date d'effet et durée de l'assurance :**

L'assurance est acquise à partir de la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion. Elle est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à chaque échéance principale.

#### **Fin de l'assurance :**

Dès que l'adhérent n'est plus salarié d'une des entités de la FFME.

En cas de fausse déclaration à la souscription et en cours d'adhésion.

En cas de non paiement des cotisations.

Si un salarié sort de la collectivité FFME, il peut demander au Cabinet Gomis la reprise de ses droits dans le cadre d'un contrat individuel selon sa catégorie tarifaire.

#### **Cotisation d'assurance :**

Les cotisations sont payables d'avance. Elles sont annuelles mais sont payables au mois. Elles sont encaissées par prélèvement automatique bancaire ou postal effectué par AGF.

La première cotisation d'assurance correspond à 2 mensualités.

#### **Point de départ des prestations :**

Soins courants, optique, dentaire, auditif : la garantie vous est acquise immédiatement.

Hospitalisation : pendant un délai de 6 mois débutant à la date d'effet de votre contrat, les prestations dues sont remboursées dans la limite de 150 % du tarif de responsabilité et le coût de la chambre particulière ne peut pas excéder 40 euros par jour. Ce délai est porté à 9 mois pour l'accouchement.

Hospitalisation psychiatrique : pendant un délai de 6 mois débutant à la date d'effet de votre contrat, la garantie est limitée à 100 % du tarif de responsabilité sans frais de chambre particulière.

## **Vos services gratuits**

- ❖ **Rien à déboursier** grâce au tiers payant, vous n'avez aucune avance d'argent à faire : hospitalisation\* et pharmacie, laboratoire et radiologie \*\*, chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et orthodontistes partenaires.
- ❖ **Votre assistance 24h/24h** : avec Latitude Santé, vous avez accès à un ensemble de services d'assistance : assistance hospitalisation, assistance enfants malades, assistance médicale, assistance voyage.
- ❖ **Votre ligne directe** : Avec Latitude Santé, vous bénéficiez des services **d'AGF Santéclair** : étude devis optique, dentaire, d'orthodontie de vos praticiens, orientation vers les opticiens, chirurgiens-dentistes, orthodontistes, et centres de chirurgie réfractive partenaires, accord de tiers payant optique, dentaire dans le réseau partenaire.
- ❖ **La carte AGF Assurances** : offerte à votre souscription, la carte AGF Assurances vous donne accès à de nombreux services et réductions auprès de nos différents partenaires commerciaux.

\* quel que soit le lieu de votre hospitalisation en France

\*\* dans les régions où les professionnels de santé ont signé des conventions avec AGF.

# Choisissez votre niveau de garanties

	Option 1 100N1	Option 2 150N2
<b>Hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité, hospitalisation à domicile, rééducation fonctionnelle (1) Quel que soit le lieu de l'hospitalisation en France</b>		
<b>Etablissements conventionnés</b> • frais de séjour et salle d'opération • forfait journalier et frais de transport • chambre particulière	<b>FRAIS REELS</b>	
<b>Etablissements non conventionnés</b> • frais de séjour et salle d'opération • forfait journalier et frais de transport • chambre particulière	<b>FRAIS REELS (limités à 400 %) FRAIS REELS 75 €</b>	
<b>Honoraires médicaux et chirurgicaux (médecins conventionnés et non conventionnés)</b>	<b>FRAIS REELS (limités à 400 %)</b>	
<b>Frais divers</b> • lit d'accompagnant (enfant assuré de moins de – 16 ans) • chirurgie en cabinet médical actes en KC	<b>25 €/ nuit (20 nuits maximum par hospitalisation) FRAIS REELS (limités à 400 %)</b>	
<b>Soins courants remboursés par la Sécurité Sociale</b>		
• Consultations et visites de généralistes et spécialistes • Auxiliaires médicaux • Médicaments (y compris homéopathie) • Radios, analyses, actes en K • Frais de transport (hors hospitalisation) • Ensemble des produits et prestations remboursables prévu à l'article L 165-1 du code de la Sécurité Sociale <sup>(2)</sup> • Vaccins • Cures thermales	<b>100 % 100 % 100 % 100 % 100 %  100 % FRAIS REELS 100 %</b>	<b>150 % 150 % 100 % 150 % 150 %  150 % FRAIS REELS 150 % + 100 €</b>
<b>Actes et soins médicaux non remboursés par la Sécurité Sociale<sup>(3)</sup></b>		
• Actes d'étiopathes <sup>(4)</sup> , diététiciens <sup>(4)</sup> , ostéopathes <sup>(5)</sup> , chiropracteurs <sup>(5)</sup> • Examens, analyses, radios, prescrits (ex : amniocentèse, ostéodensitométrie...) • Médicaments prescrits et non pris en charge (ex : homéopathie, sevrage tabagique, pilule microdosée...) • Vaccins prescrits et non pris en charge	<b>- - - FRAIS REELS</b>	<b>75 € 50 € 50 € FRAIS REELS</b>
<b>Optique</b>		
<b>Montures, verres correcteurs, lentilles</b> pris en charge par la Sécurité Sociale • supplément de remboursement y compris pour les lentilles refusées <sup>(6)</sup> <b>Intervention au laser pour correction de la myopie</b> : versement d'un forfait par œil	<b>100 % 50 € -</b>	<b>150 % 100 € 100 €</b>
<b>Dentaire</b>		
<b>Soins dentaires</b>	<b>100 %</b>	<b>150 %</b>
<b>Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité Sociale</b>	<b>100 %</b>	<b>150 %</b>
<b>Avantage fidélité</b> Remboursement supplémentaire par prothèse dentaire : • dès la 4 <sup>ème</sup> année de souscription d'une garantie Latitude Santé • dès la 7 <sup>ème</sup> année de souscription d'une garantie Latitude Santé	<b>+ 50 € + 50 €</b>	<b>+ 75 € + 75 €</b>
<b>Implantologie</b> (forfait par acte)	<b>-</b>	<b>150 €</b>
<b>Plafonds de remboursement<sup>(6)</sup></b> pour les prothèses et les implants pris en charge par la Sécurité Sociale (remboursement RC complet) : • 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> année • 3 <sup>ème</sup> et années suivantes	<b>- -</b>	<b>800 € 800 €</b>
<b>Autres Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale</b> (remboursement maximum) <sup>(6)</sup>	<b>-</b>	<b>65 €</b>
<b>Orthodontie</b> acceptée par la Sécurité Sociale : forfait par période de 6 mois	<b>-</b>	<b>100 €</b>
<b>Auditif</b>		
• Prothèse auditive	<b>100 %</b>	<b>150 %</b>

Exemples de tarifs* mensuels TTC au 01/05/2005	20 ans	25 ans	30 ans	35 ans
<b>Option 1 (100N1)</b>	<b>17 €</b>	<b>19,25 €</b>	<b>21,50 €</b>	<b>24 €</b>
<b>Option 2 (150N2)</b>	<b>29,30 €</b>	<b>32,40 €</b>	<b>35,40 €</b>	<b>38,40 €</b>

\*exemple de tarif mensuel en prélèvement automatique et hors droits d'adhésion pour une personne domiciliée sur Paris

N'hésitez pas à nous contacter au 05 61 52 88 60 ou par e-mail : [jean.gomis@agents.agf.fr](mailto:jean.gomis@agents.agf.fr) en nous communiquant votre date de naissance et votre ville de résidence pour un tarif personnalisé.

EXCLUSIF



# Bulletin d'adhésion

## Le souscripteur

M  Mme  Mlle Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Nom de jeune fille : .....  
 Date et lieu de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... commune : .....  
 Tél. domicile : ..... Tél. professionnel : ..... Adresse e-mail : .....  
 Situation familiale    célibataire     marié(e)     divorcé(e)     séparé(e)     vie maritale     pacsé(e)

## Les garanties choisies

Garanties soins	Assuré 1	Assuré 2	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant
N° de l'option : .....	.....	.....	.....	.....	.....

(1 = 100N1, 2 = 150N2)

## Les personnes à garantir

	Assuré 1	Assuré 2	1 <sup>er</sup> enfant – assuré 3	2 <sup>ème</sup> enfant – assuré 4	3 <sup>ème</sup> enfant – assuré 5
Nom					
Prénom					
Date de naissance					
Sexe					
Code CSP					

	Rattachement parental					
	<input type="checkbox"/> Ass 1	<input type="checkbox"/> Ass 2	<input type="checkbox"/> Ass 1	<input type="checkbox"/> Ass 2	<input type="checkbox"/> Ass 1	<input type="checkbox"/> Ass 2
Code catégorie sociale(*)						
N° Sécurité Sociale						
Organisme d'affiliation						
N° d'organisme						
Profession (libellé)						
Code APE						
En activité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

**Salariés** : Nom et adresse de votre entreprise : .....  
**TNS** :    Date d'installation : ..... / ..... / .....    Date de clôture du bilan : ..... / ..... / .....    Nombre de salariés : .....

*Catégorie sociale	code	*Catégorie sociale	code	*Catégorie sociale	code
Salariés (CPAM)	S	Artisans RAM ou AGF	TA	Professions libérales BCAM ou RAM	TL
Salariés régime particulier Alsace Moselle	AM	Artisans autre OC	AS	Professions libérales autre OC	PL
Salariés autres régimes	SA	Commerçants AGF ou RAM	TC	Exploitants agricoles GAMEX	M
Salariés libéraux CPAM	SL	Commerçants autre OC	CS	Exploitants agricoles autre caisse	MA
Salariés libéraux autres régimes	SS				

## Modalités de paiement

Prélèvement automatique : OUI     Rythme de paiement :    mensuel   
 Date de prélèvement le 5 du mois    •acompte encaissé à la souscription : 2 mois + 5 € de droit d'adhésion à l'association ADPS  
 Si le souscripteur n'est pas le payeur de cotisations, précisez :  
 Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Commune : .....  
 (si assurance antérieure merci de joindre les justificatifs)

**Date d'effet** (si différente de la date de souscription) ..... / ..... / .....    **Cotisation annuelle** : ..... euros

## Informations juridiques – Loi informatique et liberté

- Je déclare avoir pris connaissance des informations figurant sur toutes les pages de ce document ou avoir reçu un projet devis (article L112-2 du code des assurances).
- Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations ci-dessus. Je certifie avoir été informé(e) de ce que toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de moi entraîneraient l'application suivant le cas des sanctions prévues par les articles L113-8 et L113-9 du code des assurances, dont la nullité du contrat.
- Je déclare avoir été informé (e) de ce que, conformément à la loi informatique et liberté du 6/01/78, les informations recueillies sont à destination d'AGF Direction Santé et ne feront l'objet de communication extérieure que pour les seules nécessités de gestion. Un droit d'accès et de rectification peut être adressé à AGF.

Date et lieu de souscription :

Signature du Souscripteur

# Le mot de l'Assureur

Chers licenciés,

*N'hésitez pas à prendre contact avec notre Cabinet pour une étude personnalisée ou pour toute information complémentaire.*

*Jean Gomis*

## Documents à joindre pour toute demande d'adhésion

- le bulletin d'adhésion signé,
- la copie de la carte d'immatriculation de sécurité sociale, (carte Vitale) et attestation
- le relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne
- l'autorisation de prélèvement complétée et signée

**Cabinet Jean GOMIS**  
80, allée des Demoiselles  
31400 Toulouse  
Tél. : 05.61.52.88.60  
Fax : 05.61.32.11.77  
e-mail : [jean.gomis@agents.agf.fr](mailto:jean.gomis@agents.agf.fr)  
[www.agf.fr/gomis](http://www.agf.fr/gomis)



## AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

**EMETTEUR**

**BANQUE 107514**

Nom, prénoms et adresse du titulaire du compte à débiter

.....  
.....  
.....  
.....

Désignation de l'organisme créancier

**ASSURANCES GÉNÉRALES DE FRANCE IART**  
**DIRECTION SANTE**  
**Tour Neptune - 20 place de Seine 92086 Paris La Défense Cedex**

Compte à débiter

Codes			
Établis.	Guichet	N° du compte	Clé R.I.B.

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

.....  
.....  
.....  
.....

Date :

Signature :

**Très important : Prière de renvoyer cet imprimé à l'organisme créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.), postal (R.I.P.) ou de caisse d'épargne (R.I.C.E.)**

## Cabinet Jean GOMIS

80, allée des Demoiselles

31400 Toulouse

Tél : 05 61 52 88 60

Fax : 05 61 32 11 77

e-mail : [jean.gomis@agents.agf.fr](mailto:jean.gomis@agents.agf.fr)

[www.agf.fr/gomis](http://www.agf.fr/gomis)

